



FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
DISCIPLINA DE CLÍNICA INFANTIL - GRADUAÇÃO NOTURNO

Cirurgia x Endodontia em Odontopediatria

Relato de Caso Clínico

Nome dos Autores:

Ana Carolina Ugarte Verduguez, Bárbara Amanda Serinhano,
Claudia Carrara Cotomacio, Vinicius Campaner

Pós Graduação: Alessandra Reyes, Evelyn Alvarez Vidigal, Eduardo
Kazuo Kohara, Fernanda Rosche

Orientador: Fausto Mendes

Introdução

Manutenção do dente decíduo até que ocorra sua esfoliação fisiológica: principal objetivo da clínica odontopediátrica

- ❖ Primeira dentição: manutenção de espaço adequado e guia para os dentes permanentes irromperem, adequado crescimento e desenvolvimento facial, evolução da fala e mastigação e respiração correta da criança.

(Ribeiro et al, 2011; Alencar et al 2009)

- ❖ Perda do dente decíduo entre 5^a e 6^a fase de Nolla: fibrose cicatricial que atrasa a erupção do permanente – deslocamento do dente e extrusão do antagonista

(Garcia, 2003)

- ❖ Perda antes da 8^a fase de Nolla: atraso na erupção – neoformação óssea além de fibrose no tecido gengival
- ❖ Perda após 8^a fase de Nolla: erupção precoce dos permanentes.

(Guedes-Pinto, 2010)

Introdução

Endodontia ou Exodontia?

- ❖ **Indicações de endodontia:** dentes anteriores apresentando grande destruição de suas coroas e necessitam da colocação de pinos intrarradiculares; dentes anteriores ou posteriores com mortificação pulpar, pulpites irreversíveis, com ou sem lesão periapical, na presença ou não de fístulas

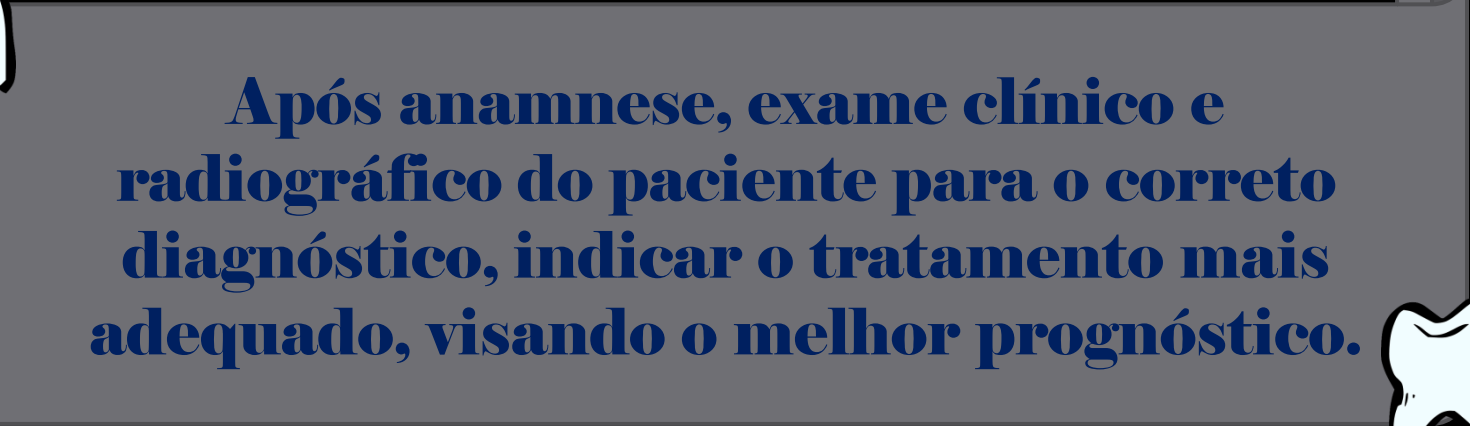

(Guedes-Pinto 2010)




- ❖ **Indicações de Exodontia:** dentes com rizólise completa, dentes natais/neonatais com mobilidade, destruição coronária extensa que impossibilite tratamento restaurador, dentes decíduos com retenção prolongada, reabsorção interna e externa, rizólise irregular, dentes anquilosados com sucessores permanentes, raiz residual e indicação ortodôntica.

(Guedes-Pinto 2010)

Objetivos



Após anamnese, exame clínico e radiográfico do paciente para o correto diagnóstico, indicar o tratamento mais adequado, visando o melhor prognóstico.



Relato de Caso

- **L. S. C. S, 9 anos, feoderma**
- **Procurou o dentista pois estava com dor de dente**
- **Histórico médico: cachumba e catapora**
- **Histórico familiar: mãe hipertensa**
- **Dieta: leite, suco artificial e refrigerante, bala, bolacha, danone**

HISTÓRICO ODONTOLÓGICO

Escovação 2x ao dia
Não usa fio dental
Higiene oral ruim
Presença de placa bacteriana
(principalmente na margem gengival
dos dentes posteriores)

Relato de caso

DENTIÇÃO MISTA

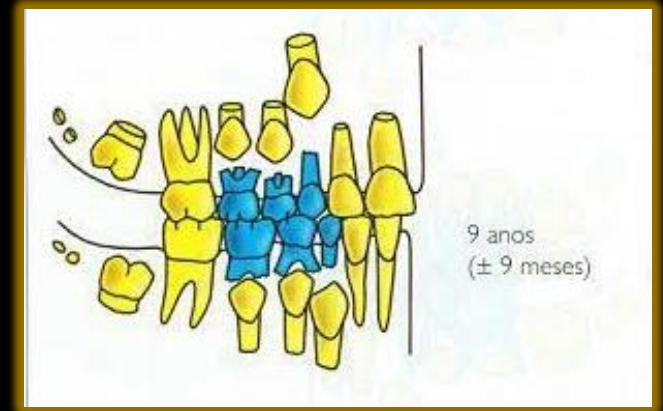
54 e 84: Raiz Residual

75 e 85: escore 3 inativo (O)

74: restauração (OD) em ionômero de vidro, não satisfatória

11, 12, 21 e 22: manchas de fluorose (leve)

26: escore 1 ativa (O) *



*Ortodontia-Diagnostico e Planejamento -Flavio Vellini
Ferreira -5ªEdição*

Dente 55: escore 6 ativo (MO) com presença de lesão indicativa de pólipos pulpar

Dente 65: escore 6 ativo (OP) com presença de fístula

**Escala utilizada: ICDAS*

Fotos do Caso



Dente 55 apresentação lesão sugestiva de pólipos pulpar –
Foto: Isaac Murisi P. Uribe

Radiografias dente 55 - Foto: Cláudia Cotomacio



Fotos do Caso



Dente 65 apresentando grande destruição coronária – Fotos:
Eduardo Kohara

Radiografia dente 65 – Foto: Claudia Cotomacio



Tratamento proposto

Dente 55: Remoção do pólip e Tratamento endodôntico

Pólipo Pulpar: Inflamação crônica irreversível da polpa, que acomete crianças e adultos jovens em resposta a grandes exposições pulpares por trauma ou cárie, ocorrendo principalmente em molares decíduos ou permanentes.

➤ Dor durante a mastigação, sangramento ao toque do pólip. Radiograficamente, observa-se comunicação entre cavidade oral e cavidade pulpar por meio de cárie extensa e profunda.

(Leonardi et al, 2011)



Dente 55 apresentação lesão sugestiva de pólip pulpar -
Foto: Isaac Murisi P. Uribe

Tratamento proposto Dente 55

**Anestesia
(lidocaína
- 2
tubetes)
Isolamento
Absoluto**

**Remoção do
pólipo com
cureta
cirúrgica e
hollemback**

**Forma de conveniência e
regularização da câmara
pulpar - Instrumentação
dos canais até lima K flex
20 (inicial + 2 = Medida do
comprimento do canal
radicular do dente decíduo
respeitando o limite do
bisel da rizólise)**

**Substâncias
irrigantes:
Hipoclorito
de sódio 1%
e endo PTC**

**Obturação
com material
reabsorvível:
pasta
Guedes-Pinto**



Remoção do pólipo e tratamento endodôntico – Fotos: Eduardo Kohara



Resultado final – dente restaurado com Ionômero de Vidro – Foto: Eduardo Kohara



Radiografia final – Foto: Cláudia Cotomaco

Tratamento proposto

Dente 65: Exodontia

- **Destrução coronária extensa**
- **2/3 ou mais de reabsorção radicular**
- **Comprometimento da furca**
- **Cripta do permanente ausente – não necessitou de mantenedor de espaço.**



Dente 65 apresentando grande destruição coronária – Fotos: Eduardo Kohara

Tratamento proposto

- Devem ser seguidos os princípios básicos da cirurgia: necessidade e oportunidade, condicionamento psicológico, diagnóstico correto, medidas de assepsia e antisepsia e o instrumental e técnicas adequadas.

(Guedes-Pinto 2010, Campos et al 2010)

**Anestesia
(lidocaína – 2
tubetes)**

**Sindesmotomi
a (hollemback
3)**

**Luxação
(elevador
apical)**

**Sutura (fio 3-
0)**

**Medicamento
pós
operatório:
Paracetamol
700mg 30
gotas em
caso de dor**



Exodontia do 65, sutura, e fragmentos do dente extraído – Fotos: Eduardo Kohara



Pós-operatório 7 dias – Fotos Eduardo Kohara



Pós-operatório 30 dias – Foto: Barbara Serinhano

Discussão

- Exame clínico e radiográfico → correto diagnóstico e decisão de tratamento ;
- Perda precoce dos decíduos → grande impacto no desenvolvimento adequado da dentição permanente e pode ser um fator psico-traumático para a criança;

➤ **TRATAMENTO ENDODÔNTICO:** mantém o dente decíduo na cavidade bucal até que o permanente esteja pronto para irromper no tempo correto, evitando atraso no irrompimento na cavidade bucal, perda de espaço e o uso de mantenedores (exigem aceitação dos pais e da criança e disciplina no seu uso;

➤ Na grande maioria dos casos contra indica-se capeamentos pulparem diretos em dentes decíduos. A não ser em condições especiais: molares em crianças com menos de 4 anos de idade ou antes do início da rizólise desses dentes, onde a cárie tenha sido removida, o diâmetro de exposição pulpar tenha sido pequeno e não tenha contaminação por saliva.

Discussão

➤ **TRATAMENTO CIRURGICO:** : é o tratamento de eleição quando há grande destruição e não há possibilidade de tratamento conservador, pequena possibilidade de reconstrução clínica, envolvimento pulpar e da região de furca e quando não existir mais a cripta do permanente. *(Guedes-Pinto 2010, Campos et al 2010).*

➤ Há grande dificuldade para diagnosticar e indicar o tratamento correto, pois vários aspectos tem que ser levados em conta, como o grau de desenvolvimento do germe dentário e o estado do dente. Assim, o exame radiográfico chega a ser um fator determinante para o diagnóstico correto.

➤ Geralmente, esses tratamentos são muito frequentes em pacientes com higiene ruim, dieta inadequada e sem a colaboração dos pais.

➤ Ambos os tratamentos podem ser traumáticos ao paciente, por envolver o uso de agulhas, aplicação de anestesia, isolamento absoluto (no caso da endodontia) e dor.

Conclusão

- ❖ Dessa forma, com base na anamnese, exame clínico e radiográfico do paciente pudemos dar o diagnóstico e indicar o melhor tratamento para cada dente, retomando saúde e função, eliminando dor e desconforto do paciente
- ❖ O tratamento proposto para o dente 55 foi endodontia devido a presença da cripta óssea do permanente e pela quantidade de remanescente dentário que possibilitou a restauração do dente decíduo
- ❖ A exodontia foi realizada para o dente 65 devido a não presença de cripta óssea no permanente, que indicava breve irrupção , além da grande destruição do remanescente dentário e envolvimento de furca, que impossibilitavam uma restauração adequada

A orientação de higiene bucal e intenso reforço e incentivo do paciente e pais é extremamente importante para que não ocorram recidivas.



Referências

- Guedes- Pinto, AC. Odontopediatria. 8ª edição. São Paulo: Santos Livraria Editora, 2010.
- Pinheiro HHC, Assunção LRS, Torres DKB, Miyahara LAN, Arantes DC. Endodontic Therapy in Primary Teeth by Pediatric Dentists. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, 13(4):351-60, out./dez., 2013
- GARCIA I. F. et al. Importancia de los dientes temporales: Su cronología de erupcion. *Rev Pediatr Aten Primaria*, Barcelona, v. 5, p. 439-445, 2003.
- Ribeiro RA, Corrêa MSNP, Costa LRRS. Tratamento pulpar de dentes decíduos. In: Corrêa, Maria Salete Nahás Pires. *Odontopediatria na primeira infância*. São Paulo, Santos, 1998. p.473-95.
- Campos CC, Machado GCM, Gonçalves IMF, Amorim LFG, Vieira LAC, Costa LRS. *Clínica Odontológica Infantil – Passo a passo*. Volume 1. Goiânia: UFG/FO: FUNAPE, 2010. v. 1, 50 p.
- Leonardi DP, Giovanini AF, Almeida S, Schramm CA, Baratto-Filho F. Alterações pulpares e periapicais. *Tópicos da Odontologia – RSBO*; 2011
- Kim S, Trowbridge HO. Reação pulpar à cárie e aos procedimentos odontológicos. In: Cohen S, Burns RC. *Caminhos da polpa*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. Cap. 15. p. 504.